

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

受付印

和歌山市長

記入例(本人様・代理人による)
新規・更新申請

次のとおり申請します。

* 印欄は、記入しないでください。

申請者	申請事由	1 新規 2 前住所地引継 <input checked="" type="checkbox"/> 3 更新	申請年月日	令和 5 年 〇〇 月 〇〇 日
	申請者区分	1 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 2 代理人 A 地域包括支援センター B 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設	氏名	和歌山 太郎 続柄 長男
	申請代行事業者名称	該当に〇 (指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院)		
	申請者住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山市〇〇町〇〇番地 電話番号 073-4〇〇-〇〇〇〇		

被保険者	介護保険被保険者番号	〇〇〇〇〇〇		個人番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇〇						
	医療保険	保険者名	〇〇〇〇〇		保険者番号	〇〇〇〇〇〇〇〇〇					
		被保険者証記号	〇〇〇〇		番号	〇〇〇〇〇〇				枝番	〇〇
	フリガナ	ワカヤマ ハナコ		生年月日	明治 1	大正 2	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 3	年 〇〇	月 〇〇	日 〇〇	
	氏名	和歌山 花子		性別	男		・ <input checked="" type="checkbox"/> 女				
	住所	〒〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山市〇〇町〇〇番地 電話番号 073-4〇〇-〇〇〇〇									
	前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		有効期間 令和〇〇年〇月〇日 ~ 令和〇〇年〇月〇日				

過去6月間の介護保険施設・医療機関等入院の有無	※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体(市町村)名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 (既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。) はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日								
	介護保険施設・医療機関等の名称等・所在地	〇〇〇病院	介護保険施設等コード	期間	年 月 日	~	年 月 日			
	△△△病院		期間	年 月 日	~	年 月 日				
	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		期間	年 月 日	~	年 月 日				

* 調査委託先	* 調査委託先コード
---------	------------

主治医	主治医の氏名	和歌山 一郎	医療機関名	〇〇〇病院
医師依頼区分	所在地	〒〇〇〇-〇〇〇〇	医療機関コード	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 主治医 <input type="checkbox"/> 2 指定医 <input type="checkbox"/> 3 提出済	和歌山市〇〇町〇〇番地		電話番号 073-4〇〇-〇〇〇〇	

※ 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。(施設入所者は除く。)

第2号被保険者(40歳から65歳未満の医療保険加入者)のみ記入

特定疾病名

同意書

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、和歌山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係者が取得した心身の状況等の情報を、和歌山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する(地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。)ことに同意します。

(同意いただける場合は) 有 無

本人氏名 和歌山 花子 (代筆) 和歌山 太郎

添付書類
第1号被保険者 介護保険被保険者証
第2号被保険者 介護保険被保険者証 (交付を受けている方のみ)

介護保険要介護（更新）認定・要支援（更新）認定申請書

受付印

和歌山市長

記入例（事業所等による
新規・更新申請）

次のとおり申請します。

* 印欄は、記入しないでください。

申請者	申請事由	1 新規 2 前住所地引継 <input checked="" type="checkbox"/> 3 更新	申請年月日	令和 5 年 〇〇 月 〇〇 日
	申請者区分	1 本人 2 代理人 A 地域包括支援センター <input checked="" type="checkbox"/> B 居宅介護支援事業者 C 介護保険施設	氏名	続柄
	申請代行事業者名称	該当に〇（指定介護老人福祉施設・介護老人保健施設・地域密着型介護老人福祉施設・介護医療院） 居宅介護支援事業所オレンジケア 和歌山 太郎		
	申請者住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山市 〇〇 町 〇〇 番地		

被保険者	介護保険被保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇		個人番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇						
	医療保険	保険者名	〇 〇 〇 〇 〇		保険者番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇 〇					
		被保険者証記号	〇 〇 〇 〇		番号	〇 〇 〇 〇 〇 〇				枝番	〇 〇
	フリガナ	ワカヤマ ハナコ		生年月日	明治 1	大正 2	昭和 <input checked="" type="checkbox"/> 3	年 〇〇	月 〇〇	日 〇〇	
	氏名	和歌山 花子		性別	男		・ <input checked="" type="checkbox"/> 女				
	住所	〒 〇〇〇-〇〇〇〇 和歌山市 〇〇 町 〇〇 番地		電話番号	0 7 3		4 〇 〇		〇 〇 〇 〇		
	前回の要介護認定の結果等	※要介護・要支援更新認定場合のみ記入	要介護状態区分 <input checked="" type="checkbox"/> 1 2 3 4 5		要支援状態区分 1 2		有効期間 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日 ~ 令和 〇〇 年 〇 月 〇 日				
		※14日以内に他自治体から転入した者のみ記入	転出元自治体（市町村）名 [] 現在、転出元自治体に要介護・要支援認定を申請中ですか。 （既に認定結果通知を受け取っている場合は「いいえ」を選択してください。） はい・いいえ 「はい」の場合 申請日 年 月 日								

* 調査委託先	* 調査委託先コード
---------	------------

主治医	主治医の氏名	和歌山 一郎	医療機関名	〇〇〇病院
医師依頼区分	所在地	〒 〇〇〇-〇〇〇〇	医療機関コード	
<input checked="" type="checkbox"/> 1 主治医 <input type="checkbox"/> 2 指定医 <input type="checkbox"/> 3 提出済	和歌山市 〇〇 町 〇〇 番地		電話番号 0 7 3 - 4 〇 〇 - 〇 〇 〇 〇	

※ 主治医欄については、意見書を作成してくれるかどうか確認のうえ、記入してください。（施設入所者は除く。）

第2号被保険者（40歳から65歳未満の医療保険加入者）のみ記入

特定疾病名

同意書

介護サービス計画の作成等介護保険事業の適切な運営のために必要があるときは、要介護認定・要支援認定にかかる調査内容、介護認定審査会による判定結果・意見、主治医意見書、和歌山市が提供を受けた介護サービス計画及び介護予防サービス計画並びに居宅サービス事業者又は介護保険施設の関係人が取得した心身の状況等の情報を、和歌山市から地域包括支援センター、居宅介護支援事業者、居宅サービス事業者、地域密着型サービス事業者、介護保険施設、介護予防支援事業者、介護予防サービス事業者若しくは地域密着型介護予防サービス事業者の関係人、介護予防・日常生活支援総合事業を行う者、主治医意見書に係る医師又は認定調査に従事した調査員に提示する（地域支援事業として介護情報基盤経由で電子的に行う場合を含む。）ことに同意します。

（同意いただける場合は）
1有に → 1 有 2 無

本人氏名 和歌山 花子

添付書類

- 第1号被保険者 介護保険被保険者証
- 第2号被保険者 介護保険被保険者証（交付を受けている方のみ）
- (代筆) 居宅介護支援事業所オレンジケア 和歌山 太郎